

Т Р И У М Ф

к л и н и к а
э с т е т и ч е с к о й
м е д и ц и н ы

Главному врачу
Клиники Эстетической Медицины
«Триумф» Калязиной Я.А.

от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

(на выписку из амбулаторной карты)

Я, _____
(ФИО, дата рождения)

Паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи)

Проживающая(ий) по адресу _____
(полный адрес)

тел. _____

Прошу выдать выписку из амбулаторной карты (выписку посещений и т.п.)

за период с _____ по _____

« ____ » _____ 202_г

_____ /
подпись

_____ /
расшифровка подписи